

Выводы: 1) При инъекциях в ягодичную область соединений висмута и хинина возможны тяжелые нервные осложнения.

2) Клиническая картина этих осложнений указывает на наличие общих и местных токсических влияний и, повидимому, является выражением восходящего токсического неврита.

3) Предсказание в случае невритов от инъекций соединений хинина и биохинола довольно неблагоприятно.

*Литература.* 1. Toby Cohn, Sp. Pat. и Therapie Kraus—Bmgsch, 1924. 2. Willy Alexander, Ibidem—3. Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, 1911. Wertheim—Salomonson, Neuritis et polyneuritis.—4. Оппенгейм, Учебник нервных болезней, 1896.—5. Горский, Сов. вест. дерматологии, №№ 5—6, 1931.—6. Олесов, Венерология и дерматология, 1926.—7. Кожевников, Русский вестн. дерматологии, 1927.—8. Kahler, W. kl. Wochenschr., 1934, II. Ref. Zbl. 75 Bd. H 1/2 1935.

По материалам Елабужской и Нижне-Каменской больниц Татарской республики.

## ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ.

В. М. Осиповский и И. Г. Силантьев.

В доступной нам литературе мы могли отыскать лишь одну работу (проф. М. О. Фридланд «Вопросы туберкулеза», 1932), посвященную вопросу распространения костно-суставного (к.-с. тбк) и железистого туберкулеза в Татарской республике. В этой работе проф. Фридланд приводит сравнительную статистику количества случаев к.-с. тбк по материалам I Украинского туб. ин-та с данными, полученными им в результате обследования Мензелинского района ТАССР.

Костно-суставной тбк представляет угрозу трудоспособности больных и порождает инвалидов, калек и безнадежных хроников.

Проф. Ситенко на I Всеросс. научн. конф. по к.-с. тбк в Ленинграде говорил, что «Задачи в деле лечения к.-с. тбк в основном должны быть направлены к изменению соотношений иммуно-биологических факторов в благоприятную сторону и созданию устойчивости в этом состоянии». Под таким углом зрения и надо оценивать все имеющиеся лечебные мероприятия. Для лечения к.-с. тбк предложены и предлагаются по сей день всевозможные методы и способы, но ни один из них не может считаться совершенным. Отсюда становится очевидным—почему проф. Корнев в вопросе об излечении тбк говорит, что «туберкулез не ликвидируется, а лишь блокируется».

Все существующие лечебные мероприятия при к.-с. тбк направлены к разрешению трех взаимно сочетающихся задач: 1) воздействие на тбк палочку, внедрившуюся в организм, 2) повышение резистентности самого организма—общее лечение и 3) непосред-

ственное воздействие на местные измененные ткк ткани—местное лечение. (Корнев).

К первой группе относятся мероприятия, стремящиеся воздействовать непосредственно на ткк палочку при помощи химических веществ. Мероприятиями иммуно-биологического характера пытаются воздействовать непосредственно на ткк палочки (ослабление ее роста, понижение патогенности и гибель) или на продукты их жизнедеятельности. Предложенные для этой цели *Alttuberculin* и *Neutuberculin Koch'a*, парциальные антигены *Deyscke-Much'a* не нашли большого распространения.

В Казанском тубинституте Б. Л. Мазур в процессе своих исследований получил атуберкулиновый антивирус. Антивирус Мазура с лечебной целью был применен доц. Шулуток («Ортопедия и Травматология», № 5, 1936) на 19 больных с к.-с. ткк.

В 3 сл. получено полное затихание процесса в сроки от 35 до 41 дня от начала лечения; в 12 сл.— явное улучшение и в 4 сл. автор выводов не делает вследствие небольшого срока наблюдения. При лечении свищевых форм антивирус Мазура вводился шприцем без иглы в свищевые каналы. Сверху накладывался смоченный антивирусом марлевый компресс. В случаях, где предварительно производилась операция или же имелись полости, антивирус вливался в раны; рана рыхло тампонировалась влажной марлей, а сверху накладывался смоченный антивирусом тампон. При закрытых формах антивирус вводился шприцем поднадкостнично в очаг поражения и в окружающие мягкие ткани. По мнению доц. Шулуток, положительный эффект от антивируса основан, повидимому, на его специфическом влиянии на ткк очаг.

Из мероприятий общего порядка уместно упомянуть о санаторно-курортном лечении. Наряду с большими приверженцами лечения в специальных санаториях на юге (Шенк) имеются и противники этого (Корнев, Краснобаев), Ситенко рекомендует широко использовать морской и горный климат, одновременно с этим категорически возражает против применения грязи, рапы и морских купаний. На благоприятное влияние высокогорного климата указывает и Гавриленко. Проф. Шенк считает, что «Курортное лечение является одним из этапов лечения к.-с. ткк, соответственно различным фазам течения процесса». Большим пропагандистом грязелечения является проф. Кефер. Применяя так наз. «митигированное грязелечение», он получал хорошие результаты. Были попытки предложить специальные диеты, якобы способствующие благоприятному течению процесса. Большое место в системе общего лечения занимает гелиотерапия и лечение искусственным светом. Rollier считает, что «лучший метод—солнечное лечение». Lambrechtz в 1917 г. при тяжелой форме к.-с. ткк делал переливание крови и получал улучшение и даже выздоровление. (Еланский. Переливание крови, Монография, 1926).

Не останавливаясь на целом ряде лекарственных веществ, видимых теми или иными путями в организм, упомянем протеино-и аутогемотерапию, парентеральные инъекции 5% водного раствора ихтиола и новокаиновый блок по А. В. Вишневному.

Местное лечение обнимает целую серию ортопедических мероприятий. Особенное значение из них приобретает лечение неподвижными повязками (гипсовые и др. иммобилизирующие повязки) и вытяжением (разгрузка пораженного отдела).

Большое место в этой группе занимают инъекции тех или иных средств непосредственно в очаг. Таковыми является способ Calot, «олеоартроз» проф. Розена, способ проф. Фридланда (введение непосредственно в воспалительный фокус раствора 10—12 к см дистил. воды, к которой примешан 1 к. см 1% раствора цианистого золота и  $1/2$ — $1/4$ % новокаин). В клинике проф. Фридланд указанный способ дал в 84% хорошие результаты (Журн. сов. хир., вып. 37, т. VI, 1931).

К местному лечению относятся и оперативные методы, разделяющиеся на радикальные, лечебно-вспомогательные и корректирующие (Корнев).

В лечении к.-с. тбк не должно быть шаблона и увлечения. Рациональное сочетание местных и общих мероприятий с учетом индивидуальных особенностей проявления болезни и самого больного—даст нам ключ к благоприятному исходу борьбы с к.-с. тбк в каждом отдельном случае.

Настоящее сообщение является отображением личного опыта авторов в лечении костно-суставного туберкулеза в условиях участковых больниц и охватывает 163 случая за период времени с 1931 г. по 1/1 1935 г.

Этот материал составляет сборную статистику двух хирургических отделений больниц Татарской республики: 77 случаев из Елабужской больницы (Осиповский) и 86 сл. из Нижне-Каменской больницы (Силантьев).

Главный контингент наших больных составляют крестьяне. Это объясняется тем, что районы, обслуживаемые нашими больницами, преимущественно сельско-хозяйственные. Распространение к.-с. тбк по национальности и полу дает почти одинаковые цифры. За указанный период времени через обе больницы прошло 6526 больных, из которых 163—пораженных костно-суставным тбк, что составляет 2,5%. Из общего количества больных 72 сл. падают на костные открытые формы и 91 сл. на суставной тбк (64 сл. открытой и 27 сл. закрытой формы). Преобладающее количество больных было в возрасте от 10 до 20 лет, т. е. в период наибольшего роста.

При учете больных с костно-суставным тбк мы пользовались классификацией, предложенной проф. Фридланд («Вопросы туберкулеза», № 11—12, 1930).

Согласно классификации проф. Фридланда, все больные с тбк поражениями скелета подразделяются на 4 основные группы: 1) с поражениями суставов, 2) с поражениями костей, 3) с закрытой формой тбк и 4) открытой формой тбк.

Каждая из 4 групп обозначается начальной буквой, т. е. суставной—С, костный—К, закрытый—З, открытый—О. В виду того, что суставной и костный тбк может быть закрытым и открытым, то соответственно будут и обозначения — КЗ (костный закрытый), СО (суставной открытый) и т. д. при комбинациях костных и суставных форм обозначения соответственно расширяются: КСЗ (костно-суставной закрытый тбк), КОСЗ (костный открытый суставной закрытый тбк) и т. д. При суставных формах приводится следующее обозначение дробью: в числителе опреде-

ление формы тбк, а в знаменателе две первые буквы названия сустава (напр. поражение плечевого сустава будет иметь вид  $\frac{С}{пл}$ ). При костных формах аналогично указывается пораженная кость (напр.  $\frac{К}{бе}$  и т. д.

Классификация, предложенная проф. Фридланд, весьма практична, проста и удобна для массовых диспансерных обследований.

Представление о локализации костно-суставного туберкулеза в наших случаях дает таблица 1.

Таблица 1.

Локализация процесса	Количество	Локализация процесса	Количество
<u>К.</u> Костный туберкулез . . .	72	<u>С.</u> Суставн. туберкулез . . .	91
<u>А.</u> Верхние конечности . . .	25	<u>А.</u> Верхние конечности . . .	19
<u>К</u> <u>пл</u> . . . . .	7	<u>С</u> <u>пл</u> . . . . .	7
<u>К</u> <u>пр</u> . . . . .	5	<u>С</u> <u>ло</u> . . . . .	3
<u>К</u> <u>ки</u> . . . . .	10	<u>С</u> <u>за</u> . . . . .	4
<u>К</u> <u>реб</u> . . . . .	3	<u>С</u> <u>фа</u> . . . . .	5
<u>В.</u> Нижние конечности . . .	47	<u>В.</u> Нижние конечности . . .	45
<u>К</u> <u>бе</u> . . . . .	13	<u>С</u> <u>табе</u> . . . . .	16
<u>К</u> <u>го</u> . . . . .	18	<u>С</u> <u>ко</u> . . . . .	25
<u>К</u> <u>ст</u> . . . . .	16	<u>С</u> <u>гост</u> . . . . .	4
		<u>С.</u> Позвоночник . . . . .	27

Из общего числа больных (163 сл) с костно-суставным туберкулезом—102 сл. были подвергнуты консервативным методам лечения и 61 сл.—активным методам (оперативному лечению).

Табл. 2 дает представление о характере консервативных мероприятий, количестве случаев (общем и по отдельным формам тбк) и результаты лечения.

Гипсовые повязки мы применили в 27 сл. при суставной закрытой форме тбк. В 3 сл. наступило затихание процесса. Эти случаи прослежены до 3 лет. В 7 случаях наступило непосредственное улучшение, длившееся от одного месяца и более, характеризовавшееся стиханием воспалительного процесса. В 8 случаях имели место стойкие результаты, прослеженные до года и выше. В 9 сл. примененные гипсовые повязки не дали никакого результата.

В 7 сл. закрытого суставного тбк мы применили застойную гипперемию по Биру. Лишь в одном случае мы получили стойкие ре-

Таблица 2.

№ по порядку	Виды консервативных мероприятий	Количество	КО	СО	СЗ	Результаты			
						Улучшен. (сроки от 1 м. до 1 г.)	Затихание процесса (выше 1 года)	Стойкое затихание наблюд. до 3 л.	Безрезультатно
1	Гипс+общ. консерв. лечение . . . . .	27	—	—	27	7	8	3	9
2	Гиперемия по Биру	7	—	—	7	3	1	—	4
3	Новокаинов. блок по А. В. Вишневскому	36	18	9	9	27	1	—	8
4	Протеинотерапия . .	11	6	3	2	9	—	—	2
5	Аутогемотерапия . .	9	2	4	3	3	—	—	6
6	Парентеральные инъекции ихтиола . . . .	12	3	4	5	7	—	—	5
Итого . . . . .		102	29	20	53	56 54,9%	10 (9,9%)	3 (2,9%)	33 33,3%

зультаты, где субъективно и объективно через 8 месяцев наблюдались у больного симптомы затихания процесса. Три случая дали непродолжительные улучшения, остальные 4 сл. не дали результата.

Наибольшее количество случаев (36) мы подвергали лечению новокаиновым блоком по Вишневскому. Одним из нас (В. М. Осиповский) по поручению заслуж. деят. науки проф. А. В. Вишневского в 1933 году была предпринята специальная работа «О влиянии новокаинового блока нервной системы на течение костно-суставного туберкулеза» (Каз. мед. журн., № 1, 1934). Технически блок проводился в виде циркулярных инфильтраций (циркулярный блок Вишневского), тугой инфильтрации в окружности пораженных очагов и поясничного блока.

Количество раствора 1/4% новокаина колебалось от 50 до 350 куб. см. В своем предварительном сообщении Осиповский, на основании непосредственных результатов, продолжительностью от 2 недель до 5 месяцев, пришел к следующим выводам: 1) новокаиновый блок на закрытые суставные тбк процессы, в наблюдаемых случаях, в целом заметного влияния не оказал; 2) в открытых (свищевых) суставных процессах под влиянием новокаинового блока наступают следующие изменения: в первые 3—5—7 дней наблюдается усиленное отделение гнойного секрета, к концу 7—8 дня свищи выполняются грануляциями и закрываются; 3) костные тбк процессы под действием поверхностного новокаинового блока (циркулярная тугая инфильтрация кожи и подкожной клетчатки) в первые 3—5 дней выделяют из свищей большое количество гнойной жидкости, которая к 9—10 дню идет на убыль, свищи гранулируют и закрываются на непродолжительное время (до 3 недель). Глубокий блок (инфильтрация раствором новокаина всех

слоев, под апоневроз и глубже) дает лучшие результаты: свищи закрываются на более длительные промежутки времени (до 3 мес.), хотя и в этих случаях они временами выделяют жидкий желтоватый секрет. Последующие наблюдения, прослеженные с 1933 по 1935 г., дают возможность считать эти предварительные выводы и окончательными.

Хорошие результаты от новокаинового блока недолговременны (27 сл. сроком от 1 мес. до 1 года). Стойкое излечение получено в 1 сл. (наблюдение с 1933 по 1935 г.) и 4 сл.—без заметных результатов. На поздних сроках почти все больные приходили с жалобами на то, что время от времени свищи открываются и выделяют жидкий секрет. Повторный блок дает опять временное закрытие свищей.

К неутешительным результатам пришел Пинхасик, который применял новокаиновый блок на 32 больных детях с различными локализациями и тяжестью процесса. В его наблюдениях ни на проявление отдельных симптомов заболевания, ни на общее течение процесса новокаиновый блок влияния не оказал.

Применяли мы с переменным успехом и методы неспецифической терапии: протеинотерапию (11 сл.), аутогемотерапию (9), парентеральные инъекции 5% водного раствора ихтиола (12 сл.).

От применения протеинотерапии (внутримышечные инъекции молака по 0,1—0,5 куб. см, с перерывами в 2—5 дней) мы скоро отказались ввиду того, что после инъекций наступали весьма значительные общие температурные реакции, местные очаговые обострения, которые очень ослабляли резистентность всего организма. В 9 сл. мы получили временный успех. Аутогемотерапия дала еще менее ощутимые результаты. В 3 сл. отмечено временное улучшение. В 12 сл. были применены парентеральные инъекции ихтиола.

Техника применения крайне проста — готовится 5% водный раствор и стерилизуется. По обычному способу производятся внутримышечные инъекции, в область ягодицы впрыскивается 1—1,5—2 куб. см с промежутками в 2—3—5 дней.

На введение ихтиола больные с к.-с. тбк обычно не реагировали общей температурной реакцией; отсутствовали в подавляющем большинстве и местные очаговые реакции. В 7 сл. мы получили от ихтиоловой терапии значительное улучшение, длившееся в течение 5—7—9 месяцев.

Как видно из приведенного анализа, консервативные методы лечения в основном давали лишь временный успех. Улучшение процесса последовало в 56 сл.; в 34 сл.—безрезультатно.

Характеристику методов активного лечения дает нам таблица 3.

Активным методам лечения мы подвергли 61 больного (под общим наркозом 40, местной анестезией 3 и 18—под спинномозговой анестезией).

Наибольшее количество случаев падает на некрэктомию (23 сл.). Здесь в 11 сл. мы получили стойкие результаты, которые не осложнялись в течение 6—8—11 месяцев наблюдения за больными. 9 случаев дали полное выздоровление: рубцевание и восстановление функций.

Таблица 3.

№№ по порядку		Количество	Наркоз			Результаты			
			Общий наркоз	Местная анестезия	Спинно-мозговая анестезия	Улучшен. (срок от 1 мес. до 1 года)	Затихание процесса (выше 1 года)	Стойкое затихание (наблюдается до 3 л.)	Безрезультатно
1	Некректомия . . . . .	23	23	—	—	—	11	9	3
2	Резекция суставов (коленный) . . . . .	14	1	—	13	—	4	9	1
3	Артротомия . . . . .	8	5	3	—	5	—	3	—
4	Ампутация . . . . .	7	5	—	2	—	—	7	—
5	Остеотомия . . . . .	5	2	—	3	—	3	1	1
6	Операция Генли-Уитмаи-Фридланд . . . . .	3	3	—	—	—	1	1	1
7	Ламинэктомия . . . . .	1	1	—	—	—	—	—	1
	Итого . . . . .	61	40	3	18	5 (8, 2 <sup>0</sup> /о)	19 (31 <sup>0</sup> /о)	30 (49 <sup>0</sup> /о)	7 11, 4 <sup>0</sup> /о

Следующую группу активных методов лечения составляет у нас резекция коленного сустава (по Текстору)—14 сл. Означенным больным были разосланы анкеты <sup>1)</sup> для учета эффективности операции на отдаленных сроках.

Результаты оказались следующие: в 9 сл. было получено полное клиническое выздоровление. Конечность анкилозирована в рабочей позиции, укорочение небольшое (4—6 см), легко корригируемое обувью. Больные ходят без костылей и палок, свободно наступают на конечность, боли отсутствуют, обострений не было. За три года больные не обращались ни разу в больницы по поводу оперированной конечности. В 4 сл. сроком до 1 года и выше—аналогичные результаты. В 1 случае через 4 месяца процесс обострился—развился гнойный гонит, закончившийся анкилозом ноги в согнутом положении.

8 артротомий дали в 5 сл. улучшение процесса и в 3—стойкие результаты, закончившиеся анкилозом.

В 7 случаях была произведена ампутация (3 простых и 4 по способу Гритти-Опфеля). Все больные имеют протезы и вполне работоспособны.

В предпринятых остеотомиях (5 сл.) в 3 сл. получен стойкий эффект (операция была сделана по поводу тбк коксита) сроком до 1 года и выше. В 1 сл. имеем длительный эффект до 3 лет и 1 сл. закончился обострением процесса, потребовавшим много недель последующего лечения.

Операция Генли-Уитман-Фридланд была сделана 3 больным. В 2 сл. эта операция дала хороший эффект (срок наблюдения 1 г.

<sup>1)</sup> Текст анкеты заимствован из доклада проф. П. Г. Корнева на XXI съезде рос. хир. («Вестн. хир. и погр. обл.», т. XIX, кн. 56—57, 1930).

8 мес. и 3 года), в 1 сл. операция закончилась неудачно—трансплантат выгноился.

Произведенная в 1 сл. ламинэктомия по поводу сдавления спинного мозга в грудном отделе позвоночника с явлениями паралича транзверзального типа особых результатов не дала. Движение не восстановилось, чувствительность же вскоре после операции возвратилась. Больная погибла через 7 месяцев после операции от активной формы тбк легких.

Итак, активные методы лечения дали нам в 19 случаях (31%) стойкие результаты и в 30 сл. (49%)—длительное затихание процесса сроком до 3 лет. Только 7 случаев (11,4%) были безрезультатны.

Сравнивая итоги консервативной терапии и активных методов лечения, нужно сказать, на основании нашего материала, что стойких и длительных результатов в условиях участковой больницы мы имели неизмеримо больше при активных методах лечения, нежели при консервативных. Однако это не дает права на вывод, что надо отказаться от консервативного лечения в пользу активного, а еще лишний раз подтверждает необходимость строгой индивидуализации и осторожности в показаниях к активному лечению с наивозможно полным использованием консервативных мероприятий, учитывая особенности лечения в участковых больницах, лишённых в большинстве специального ортопедического оборудования.

Подходя к итоговой части нашего сообщения мы не считаем для себя возможным на основании своего скромного материала делать какие-либо категорические выводы.

Для получения точной картины распространения костно-суставного тбк в Татарии необходимо провести массовые диспансерные обследования в районах с целью выявления ранних форм и организовать на базе больших хирургических отделений районных больниц—межрайонные отделения костно-суставного тбк.